

指定認知症対応型共同生活介護 認知症対応型共同生活介護重要事項説明書

1 グループホームきみの田荘の概要

(1)事業所の概要

施設名	グループホーム きみの田荘
所在地	宮崎市大字小松字口ノ坪2853番地
電話番号	0985-73-8822
FAX番号	0985-47-8855
事業所番号	指定事業所番号 4590100345

(2)当施設の職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	介護福祉士	1名		兼務	1名	業務の管理
計画作成担当者	介護支援専門員	1名		兼務	1名	認知症対応型共同生活介護計画、介護予防認知症対応型共同生活介護計画の作成
介護従事者	介護福祉士	5名	1名		6名	入浴・排泄・食事等生活全般に係わる援助
	実務者研修	1名			1名	
合計		7名			7名	
職員の勤務形態	① 早番 7:30～16:30					
	② 日勤1 8:30～17:30 日勤2 8:00～17:00					
	③ 遅番 10:00～19:00					
	④ 当直入 16:00～24:00 (21:00～6:00を夜間及び深夜の時間帯とする)					
	⑤ 当直明 0:00～9:00					

(3)当事業所の設備の概要

定員	9人(全室1人部屋)	居室面積	9.0㎡
脱衣・洗面室	9.0㎡	ダイニング	36.0㎡
浴室	9.0㎡		

2 当施設の特徴等

(1)運営の方針

日常空間とかけ離れた施設とならないように努め、環境の変化による情緒不安を引き起こさないように環境を整備します。グループホームの特性をいかすために、適切なアセスメントを行い、利用者の置かれた状況を的確につかみます。また、利用者の個人の実現を図るために、家族・仕事・経験などの情報を収集し個性を認識します。

イ 初期加算 1日 300円（自己負担額 30円）

※初期加算は、入所した日から起算して30日以内の期間について、入院・外泊期間を除き加算します。

ウ 食材料費 1日につき 1345円

エ その他の費用

日常生活費	理美容代	実費
	おむつ代	実費

カ 介護保険サービス以外の利用料

家賃	1日 1400円
水道光熱費	1日 400円

(2)料金の支払方法

毎月10日までに前月分の請求をいたしますので、10日以内にお支払いください。お支払いいただきま
すと、領収書を発行いたします。

お支払い方法は、銀行振込、現金集金、口座自動引落しの3通りの中から自由に選べます。

5 サービスの利用方法

(1)サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込みください。当施設の職員がお伺いいたします。

※居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2)サービスの終了

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合

退所を希望する日の30日前までにお申し出ください。

イ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が他の介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)もしくは要支援1、2と認定された場合
※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・お客様が亡くなった場合

ウ その他

・お客様やご家族などが当施設や当施設のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為
を行った場合は、サービス契約終了の30日前に文書で通知し、退所していただく場合があります。

9 非常災害対策

防災時の対応	業務継続計画(BCP)による
防災設備	緊急通報装置・煙感知器・誘導灯・非常灯・消火器
防災訓練	年2回実施
防火管理者	板原 弘宜

10 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従事者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業者では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

11 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人 常聖会 巴外科内科
所在地	宮城県 宮崎市 恒久5988
電話番号	050-7562-0545

医療機関の名称	医療法人社団 晴緑会 みやざき訪問看護ステーション
所在地	宮崎市高松町2-16
電話番号	0985-32-7070

医療機関の名称	小松くろき歯科
所在地	宮崎市大字小松1203-9
電話番号	0985-47-5878

12 損害賠償保険

保険会社の名称	三井住友海上火災保険株式会社
保険の種類	賠償責任保険

個人情報利用同意書

私(及び私の家族)の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院に行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)

3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

グループホーム きみの田荘 殿

利用者 住所

氏名 _____ 印

(家 族) 住所

続柄() 氏名 _____ 印